



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
WORLD HEALTH ORGANIZATION



## 47th DIRECTING COUNCIL 58th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 25-29 September 2006

---

CD47/SR/8  
28 September 2006  
ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE  
SPANISH

### PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE EIGHTH MEETING ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA OCTAVA REUNIÓN

Thursday, 28 September 2006, at 2:30 p.m.  
Jueves, 28 de septiembre de 2006, a las 2.30 p.m.

*President:*

*Presidente:*

Dr. Guillermo José Wagner Cevallos

Ecuador

#### *Contents* *Contenido*

- Item 4.4:* Regional Strategy for Sustaining National Immunization Programs in the Americas (*continuation*)
- Punto 4.4:* Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas (*continuación*)

(*continued overleaf*)  
(*continúa al dorso*)

*Note:* This record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Delegates are requested to notify the Conference Documents Center (Room 215), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Responsible Officer, Governing Bodies Team, Pan American Health Organization, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 31 October 2006. The final text will be published in the *Proceedings* of the Council.

*Nota:* Esta acta es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Delegados tengan a bien comunicar al Centro de Documentación de Conferencias (Oficina 215), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Oficial Responsable de Equipo, Cuerpos Directivos, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 31 de octubre de 2006. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas del Consejo.

**CONTENTS** (*cont.*)  
**CONTENIDO** (*cont.*)

Consideration of proposed resolutions pending adoption  
Consideración de proyectos de resolución pendientes de adopción

- Item 4.2:*        *Methodology for the Formulation of the Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2008-2012 (continuation)*  
*Punto 4.2:*        *Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2002 (continuación)*
- Item 4.5:*        Neonatal Health in the Context of Maternal, Newborn, and Child Health for the Attainment of the Development Goals of the United Nations Millennium Declaration  
*Punto 4.5:*        La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas
- Item 4.6:*        Health of the Indigenous Peoples of the Americas  
*Punto 4.6:*        La salud de los pueblos indígenas de las Américas
- Item 4.7:*        Proposed 10-Year Regional Plan on Oral Health  
*Punto 4.7:*        Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental
- Item 4.13:*        Human Resources in Health—Critical Challenges for the Region of the Americas: Round Tables (*continuation*):  
Report of the Round Tables  
*Punto 4.13:*        Los recursos humanos de salud: retos fundamentales para la Región de las Américas: Mesas Redondas (*continuación*):  
Informe de las mesas redondas
- Item 8.2:*        Review of the Pan American Centers  
*Punto 8.2:*        Examen de los centros panamericanos
- Item 5.2:*        Financial Report of the Director and Report of the External Auditor, 2004-2005  
*Punto 5.2:*        Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 2004-2005

**CONTENTS** (*cont.*)  
**CONTENIDO** (*cont.*)

*Item 5.3:* Report on the Activities of the Internal Oversight Services  
*Punto 5.3:* Informe de actividades de los Servicios de Supervisión Interna

*The meeting was called to order at 2:40 p.m.  
Se abre la reunión a las 2.40 p.m.*

- ITEM 4.4: REGIONAL STRATEGY FOR SUSTAINING NATIONAL  
IMMUNIZATION PROGRAMS IN THE AMERICAS (*cont.*)  
PUNTO 4.4: ESTRATEGIA REGIONAL PARA MANTENER LOS PROGRAMAS  
NACIONALES DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS (*cont.*)

El Dr. SALGADO (Chile) hace suyos los planteamientos de los oradores precedentes, encomia el documento y expresa orgullo por los logros alcanzados en su país y en la Región. Todos los países han demostrado avances, pero quedan fallas de cobertura. El programa chileno de inmunización tiene larga data y no es un logro de un gobierno sino un patrimonio del país. Dispone de un presupuesto asignado hace mucho tiempo, y el Ministerio de Hacienda reserva una partida de financiamiento para el programa de inmunización sin que el Ministerio de Salud necesite justificarlo. Además, hay un conjunto de cuerpos jurídicos que apoyan la fundamentación de un programa nacional de alta cobertura, y la sociedad se siente muy comprometida con el programa de inmunización y con el impacto que éste tiene en la población. Afortunadamente, éste es uno de los raros casos en que hay muy poca desigualdad ya que las poblaciones pobres o menos informadas tienen alta cobertura.

En Chile, la alta cobertura del programa de inmunización probablemente obedezca en parte a que se asoció en algún momento con la entrega de alimentación complementaria y al control del niño sano, es decir, a estrategias más integrales. En Chile se vacuna contra la influenza a los niños y los adultos mayores, y la cobertura es

cercana a 95%. También hay un programa de seguimiento de las diarreas, y el resultado de esa vigilancia muestra una reducción de la morbilidad y la mortalidad gracias a la administración de la vacuna contra rotavirus.

El Dr. MARTÍNEZ DOLDÁN (Paraguay) apoya el proyecto de resolución, y agradece a la OPS su respaldo constante en el marco de la estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas. Paraguay está manteniendo los logros alcanzados en la erradicación de la poliomielitis, en el seguimiento de las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor sobre Inmunización en su 17.<sup>a</sup> reunión, celebrada en junio del 2006 en Guatemala. En ella se ha sugerido que los países que no han alcanzado una cobertura de 95% con vacuna antipoliomielítica en todos los municipios, realicen una campaña anual con el fin de reducir el riesgo de importaciones. Paraguay realizará una campaña de vacunación antipoliomielítica discriminada a menores de 5 años de edad, independientemente de su estado de vacunación, durante la semana de vacunación de las Américas. El orador insta a los demás países a sumarse a esta iniciativa.

Además, Paraguay sugiere incluir en el proyecto de resolución, en el punto relacionado con la semana de vacunación en las Américas, la identificación y vacunación de poblaciones vulnerables, entre ellas las indígenas, poblaciones rurales dispersas o vecinas a las fronteras. Esto implica establecer alianzas estratégicas con diferentes actores y la movilización de recursos, debido a los altos costos que se necesitan para

llegar a estas poblaciones. En el contexto de la eliminación de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita, Paraguay solicita a la Directora que en el próximo Consejo Directivo presente un informe sobre los adelantos realizados por los países con relación a la meta de eliminación de la rubéola y la rubéola congénita.

El Dr. CASTELLANOS BRAN (Puerto Rico) da las gracias por el apoyo que el programa brinda a los Estados Miembros. En Puerto Rico se ha alcanzado una cobertura de vacunación infantil superior a 98%, sobre todo gracias a políticas públicas que han permitido aprobar leyes que requieren la vacunación obligatoria para el ingreso en escuelas y universidades. En el programa de vacunación infantil se han incluido entre otras, vacunas contra la influenza, la hepatitis, y más recientemente contra virus sincitial respiratorio. En relación con la vacunación familiar, se mantienen exitosos programas de vacunación contra neumococos y contra los virus de la influenza, la hepatitis y el papiloma humano. Puerto Rico ha participado de forma entusiasta en los pasados tres años en la semana de vacunación de las Américas, y simultáneamente en la semana organizada por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América. El orador apoya firmemente el proyecto de resolución.

El Dr. AVILÉS MEJÍA (Ecuador) dice que, en su país, la vacunación de toda la población es una política de Estado. La cobertura nacional asciende a 90%, pero en ciertos sectores, especialmente en zonas rurales y con población indígena, la cobertura todavía es muy baja y muy preocupante. En junio, durante la semana de vacunación de

las Américas, se logró superar la meta propuesta de vacunar entre 400.000 y 539.460 niños menores de 5 años; además, se vacunó a 434.000 mujeres en edad fértil. Ecuador, gracias al mejoramiento de la cobertura y al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, ha cumplido 16 años sin casos de poliomielitis. Contando con un presupuesto adecuado, el Ministerio de Salud Pública prevé introducir el próximo año en el esquema regular las vacunas contra el virus de la hepatitis B, rotavirus y neumococos, y administrarlas especialmente a los niños y los adultos mayores. A partir de octubre del presente año se vacunará contra la influenza estacional o interpandémica mediante una campaña de vacunación dirigida a 700.000 personas mayores de 65 años y al personal de salud en riesgo. Se han definido las unidades de salud que serán utilizadas como centinelas de la influenza humana, se está capacitando de manera progresiva al personal de salud y se están diseñando protocolos para los de servicios de salud y para la vigilancia epidemiológica. El presupuesto de 2007 contempla una asignación suficiente para la compra de vacunas. Ecuador apoya el proyecto de resolución.

Ms. EDELMAN (Observer, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPM)) congratulated PAHO on its leadership in promoting vaccination in the Americas. Owing largely to its efforts, Latin America had achieved its goals for polio eradication and measles elimination, and rubella elimination was on the horizon. Rates of immunization were very high, and the successes in the Americas Region were often cited as an example for other Regions. She welcomed PAHO's

recognition of the value of new vaccines for the prevention of rotavirus infection, cervical cancer resulting from HPV infection, and pneumonia and meningitis caused by pneumococcal infection. PAHO was exploring innovative strategies to accelerate the introduction of those new vaccines, thus avoiding delays of up to 20 years.

The introduction of rotavirus vaccine would make a direct contribution to achieving the Millennium Development Goals (MDGs), including the goal of reducing child mortality. Cervical cancer represented a significant burden in some of the poorest communities of the Region, and introduction of the HPV vaccine would not only contribute to public health objectives, but would also help to maintain stable and productive communities. The IFPMA encouraged health ministries to approve and make available the new vaccines as soon as possible. The pharmaceutical industry would continue to research and develop new vaccines, and would work with PAHO and its Member States to ensure that they were available to all who needed them.

La Dra. TAMBINI (Gerente de Área, Salud Familiar y Comunitaria) responde a las observaciones de los participantes diciendo que es posible lograr metas regionales gracias al compromiso político de alto nivel asumido por los presentes en sus respectivos países, a la motivación de los trabajadores de salud que están en la primera línea, y a la cultura de vacunación. La Dra. Joy Phumaphi, de la Organización Mundial de la Salud, miembro de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, que apoya desde el Área de Salud Familiar y Comunitaria la estrategia mundial para vacunas e inmunizaciones, ha escuchado las observaciones sobre la forma de trabajar estratégicamente con los países de



la Región para movilizar más recursos y fortalecer, mantener y ampliar espacios para la introducción de nuevas vacunas en los países.

El grupo técnico asesor respalda completamente la estrategia regional que se le ha presentado. En el libro *Prioridades en salud* se señala la necesidad de movilizar recursos para implementar estrategias costo-efectivas, y en este ámbito la Secretaria está colaborando con los países para aumentar los espacios fiscales. Se han celebrado reuniones de trabajo con instituciones financieras internacionales con sede en Washington, D.C. y se colaborara también con sus equipos no solamente en materia de salud si no también de finanzas para poder abrir espacios fiscales, garantizar la sostenibilidad en los programas nacionales y poder introducir intervenciones costo-efectivas como la vacunación. Simultáneamente, es preciso fortalecer el Fondo Rotario de la OPS y mantenerlo como mecanismo solidario y panamericano para los países de la Región.

La Directora está trabajando con donantes privados para movilizar recursos y está impulsando modalidades muy innovadoras para atraer un mayor numero de socios y mayores fondos. Sin embargo, se requiere la donación de recursos para ampliar ese capital en \$40 millones. Estratégicamente, el apoyo de los países facilitará las negociaciones y el diálogo con el sector privado, las fundaciones y los socios. Hace unas semanas, algunos de los presentes estuvieron con representantes de universidades y con asociados tales como la Fundación Gates, con miras a fortalecer la toma de decisiones basadas en evidencias dentro de un marco que favorecerá el conjunto durante los

siguientes cinco años. Este marco tiene componentes entre los que se destacan el análisis de la carga de enfermedad, la percepción de riesgo, características de las vacunas, el fortalecimiento de compromisos políticos, estudios económicos, análisis de los suministros de vacunas, la logística, la cadena de frío, la vigilancia epidemiológica, y un plan de sostenibilidad. Todos estos elementos son fundamentales para la toma de decisiones y la estrategia es fundamental para reducir inequidades.

Con relación a la rubéola aprecia el comentario del Delegado de los Estados Unidos de América sobre la necesidad de compartir información y recursos para eliminar la rubéola, así como su interés y el de los Delegados de Canadá y Guatemala por su pronta respuesta a la solicitud urgente de apoyo a la campaña de eliminación de la rubéola. Este año, tres países están desarrollando campañas masivas en las cuales hay que vacunar a más de 50% de la población, mientras que hay un déficit de aproximadamente medio millón de dólares para gastos operativos en esos tres países. Para el próximo año, será necesario movilizar \$5 millones y la Secretaría trabajará arduamente para ello. La OPS viene promoviendo la transferencia de tecnología para mejorar la producción de vacunas en la Región, especialmente ante la posibilidad de una pandemia. Es imperativo facilitar para ello la transferencia de tecnología en países como Brasil, Cuba y México, que tienen la infraestructura necesaria para producir nuevas vacunas.

Por último, dice que se espera una mayor participación de los productores de la Región en la licitación del Fondo Rotario.

El PRESIDENTE pide al relator que dé lectura al proyecto de resolución.

El RELATOR da lectura del proyecto de resolución que figura en el documento CD47/11, Rev. 1, con las enmiendas propuestas por México y Nicaragua.

*The proposed resolution, as amended, was adopted.<sup>1</sup>*  
*Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.<sup>1</sup>*

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION  
CONSIDERACIÓN DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCIÓN PENDIENTES DE  
APROBACIÓN

- Item 4.2: Methodology for the Formulation of the Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2008-2012 (cont.)*  
*Punto 4.2: Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012 (cont.)*

El PRESIDENTE da la palabra al Relator para que presente el proyecto de resolución que figura en el documento CD47.PR.2, “Método para formular el plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012, con las modificaciones propuestas por la Delegación de los Estados Unidos de América”.

Mr. ABDOO (United States of America), commenting on his Delegation’s amendment to the proposed resolution contained in Document CD47/PR.2, said that operative paragraph 2 should read: “To ensure that the Strategic Plan aligns with the

---

<sup>1</sup> Resolution CD47.R10  
Resolución CD47.R10

WHO Medium-term Strategic Plan, 2008-2013, and responds to the WHO Eleventh General Program of Work, 2006-20015.”

El Sr. WILLIAMS (Panamá) propone que la enmienda propuesta por los Estados Unidos de América sea modificada tomando en cuenta que todavía no se ha aprobado la Agenda de la Salud para las Américas. Así, el punto 2 de la parte resolutive, quedaría de la siguiente manera: “... y responda al Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015 de la OMS, y a la Agenda de Salud para las Américas, una vez esta sea aprobada”.

*The proposed resolution, as amended, was adopted.<sup>2</sup>*  
*Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Resolution CD47.R11  
Resolución CD47.R11

ITEM 4.5: NEONATAL HEALTH IN THE CONTEXT OF MATERNAL, NEWBORN, AND CHILD HEALTH FOR THE ATTAINMENT OF THE DEVELOPMENT GOALS OF THE UNITED NATIONS MILLENNIUM DECLARATION

PUNTO 4.5: LA SALUD NEONATAL EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE, EL RECIÉN NACIDO Y EL NIÑO PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DE LA DECLARACIÓN DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS

EL Dr. VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) dice que en el debate de una versión anterior del documento sobre este tema en junio pasado, el Comité Ejecutivo aplaudió la iniciativa de la OPS de elevar la prioridad otorgada a la salud del recién nacido en los programas nacionales de acción sanitaria, y respaldó las medidas propuestas en el documento para abordar el problema. El Comité reafirmó que la mayoría de las muertes maternas y neonatales son evitables y, en consecuencia, es sumamente importante brindar la protección apropiada durante el embarazo y en los primeros meses de vida mediante intervenciones de eficacia comprobada, gran repercusión y bajo costo, como los controles prenatales regulares, la atención calificada del parto y el amamantamiento prolongado. El Comité consideró que la ejecución de tales intervenciones es esencial para que la Región cumpla los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el número 4.

Se puso de relieve el valor de compartir experiencias, en particular entre los países que han logrado disminuir las tasas de mortalidad neonatal y los países tienen que elaborar estrategias diferenciadas, adaptadas a sus respectivos perfiles epidemiológicos y

sus niveles de mortalidad neonatal e infantil. También se subrayó que el componente neonatal de las directrices de AIEPI debe adaptarse a la realidad local.

El Comité estuvo de acuerdo con el hincapié que se hacía en el documento sobre la importancia de las estadísticas vitales y los sistemas de seguimiento apropiados. Se señaló que la sola implantación del registro de nacimientos podría tener un efecto considerable, no solo en el mejoramiento del seguimiento y la evaluación, sino también, a más largo plazo, en varios otros problemas fundamentales de los niños como la violencia, el tráfico, el secuestro y el acceso a los servicios de salud. Se propuso incluir la edad gestacional como una variable esencial para comprender la mortalidad neonatal. También se propuso que deberían crearse sistemas de seguimiento y evaluación para seguir tanto el progreso de los países en el mejoramiento de los resultados de salud del recién nacido como la eficacia de los programas de salud del recién nacido de la Organización.

Se señaló que el análisis tradicional de la mortalidad materna e infantil se limitaba a analizar el número de casos. Tal criterio de “monitoreo pasivo” se consideró inadecuado para idear estrategias apropiadas que puedan mejorar el desempeño de los servicios de salud. Varios delegados recalcaron la importancia del monitoreo epidemiológico “activo” de la mortalidad materna e infantil, que permite efectuar análisis cualitativos de los fenómenos adversos en tiempo real y, de ese modo, reconocer y priorizar los problemas relacionados con la asistencia, al objeto de mejorar la calidad de ésta mediante el conocimiento de los factores determinantes.

También se indicó que la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la reproducción constituyen un indicador de la salud de las poblaciones, el funcionamiento de los sistemas de salud, la situación socioeconómica de las mujeres y el grado de equidad dentro de la sociedad de cada país, así como el grado de inequidad entre países. Por lo tanto, la reducción de la mortalidad asociada con el proceso reproductivo puede considerarse una expresión del compromiso de una sociedad con la protección de la vida humana desde sus mismos comienzos. Asimismo, se señaló el nexo entre la pobreza y la morbilidad relacionadas con la reproducción, y se recalcó que las tentativas para mejorar la salud materna y neonatal debían ir de la mano con las iniciativas para reducir la pobreza y la inequidad.

El Comité Ejecutivo formuló varias sugerencias en cuanto al documento sobre este tema. Dichas sugerencias aparecen, junto con un resumen más detallado de las observaciones del Comité, en el Informe Final de la 138.<sup>a</sup> sesión (documento CE138/FR).

En la resolución aprobada por el Comité, que aparece como anexo al documento CD47/12, se recomienda que el Consejo Directivo solicite a la Oficina preparar una estrategia y plan de acción regional integrado sobre la salud del recién nacido.

El Dr. BENGUIGUI (OPS), haciendo uso de dispositivas, dice que, respecto al objetivo 4 de Desarrollo del Milenio—que aborda la mortalidad infantil y la de los niños menores de 5 años—, el documento llama la atención sobre la salud neonatal vinculada con la salud materna, del recién nacido y la niñez. En la Región, se aprecian tres grandes

grupos de causas relacionadas con la mortalidad de los niños menores de 5 años: las anomalías congénitas, las enfermedades cardiovasculares —que representan aproximadamente un tercio de dichas causas— y el tercio restante integrado por la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas y otras infecciones, como las enfermedades diarreicas agudas. En los últimos años han adquirido importancia las complicaciones del periodo perinatal, que representan 40% de las causas de muerte en los niños menores de 5 años y 60% en los menores de un año.

Aunque en la Región se ha avanzado mucho en la disminución de la mortalidad infantil y de los menores de 5 años, en muchos países no se ha conseguido reducir la mortalidad neonatal. Ello tiene que ver con las desigualdades, que son considerables en la población urbana y rural más pobre y, sobre todo, en los pueblos indígenas y de origen africano, en los cuales la tasa de alfabetización es mucho menor, al igual que el acceso a los servicios de salud. Asimismo, las tasas de mortalidad materna varían notablemente entre los países.

Sin embargo, a diferencia de la mortalidad infantil y la de los menores de 5 años, la mortalidad en los primeros 28 días de vida apenas ha variado en los últimos cinco años, lo cual puede mantener el peso específico de las complicaciones del periodo perinatal como causa de mortalidad. Deben destacarse, además, las diferencias que se observan entre países en las tasas de mortalidad en menores de 5 años: mientras que en un grupo de países 32% de los nacimientos contribuyen a menos de 10% de estas muertes, en 8% de los nacimientos en otro grupo se concentra 17% de la mortalidad.



Para hacer frente a este problema, por medio de la reducción de la mortalidad y las complicaciones en el periodo perinatal, existen intervenciones efectivas y basadas en la evidencia como la lactancia materna. El desafío estriba en que dichas intervenciones lleguen a los grupos de población en más alto riesgo y de forma integrada.

Entre los aspectos prioritarios del Plan de Acción Regional cabe destacar la necesidad de priorizar políticas y programas de atención neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, entendidos todos ellos como un continuo, fortalecer y promover el acceso universal a los servicios de salud de la madre y del niño, y proveer protección apropiada en el continuo materno, neonatal e infantil a través de intervenciones efectivas, de alto impacto y bajo costo. Además, hay que promover la atención de salud del recién nacido sin discriminación de género, priorizar acciones en los sectores sociales más desfavorecidos y vulnerables, desarrollar un sistema de monitorización y vigilancia epidemiológica activo y en tiempo real y, por último, formular una estrategia y un Plan de Acción Regional dirigido a los objetivos intermedios 2010-2015.

Los esfuerzos encaminados a reducir las causas de mortalidad y las complicaciones perinatales contribuirán indudablemente a alcanzar los Objetivos del Milenio. Se trata de reducir aún más el descenso de la mortalidad en menores de 5 años de la Región y, sobre todo, de aumentar el ritmo de dicha disminución.

El Dr. RUIZ MATUS (México) destaca el interés constante de la Organización Panamericana de la Salud por las estrategias que reducen la mortalidad infantil. En México mueren cada año aproximadamente 31.000 niños antes de cumplir 1 año de edad; 19.000 antes de los 28 días, 14.000 los primeros 7 días, y alrededor de 6.500 durante las primeras 24 horas después del nacimiento. También cerca de 120.000 niños y niñas nacen con algún defecto al nacer. Esta situación ha impulsado de manera destacada los trabajos de prevención en torno a la salud perinatal, especialmente apoyando la atención del recién nacido.

No es posible dissociar la salud materna de la salud neonatal. Por ello, se ha constituido un sistema de vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas, que se relacionan con las muertes perinatales, de acuerdo con el método establecido por la OMS. Ello ha permitido documentar que gran parte de la problemática de la mortalidad perinatal se encuentra en la insuficiente calidad de la atención materna, lo que indica que tanto la mortalidad materna como la perinatal deben ser analizadas en conjunto, ya que muchas de las estrategias para evitarlas pueden compartirse. También se ha puesto en marcha un amplio programa para la prevención de la discapacidad por defectos en el nacimiento, lo que constituye sin duda una innovación en el campo de la salud perinatal.

El modelo mexicano contempla estrategias de prevención primaria, tales como el consumo de ácido fólico, de prevención secundaria como el tamizaje neonatal y de prevención terciaria a través de los servicios integrales para la atención de la

discapacidad. México ofrece su colaboración para trabajar de manera conjunta con los países de la Región que lo deseen. Otro tema es el de las estadísticas vitales y el análisis epidemiológico, para el cual es preciso convertir en universal el uso del certificado de nacimiento.

México está de acuerdo con la resolución CE138.R10, pero desea hacer las siguientes propuestas: que en el párrafo 1 de la parte dispositiva se añada un apartado d) con el que se establezca que los Estados Miembros deben fomentar la creación y la participación de redes sociales que se sumen a estos objetivos en la Región de las Américas; y que se añada un apartado e) que diga que se establezcan estrategias preventivas tales como la administración de ácido fólico para la prevención de defectos al nacer, el tamizaje neonatal y la asesoría prenatal preventiva en las madres para detectar defectos de nacimiento. Por lo que respecta al párrafo 2, se propone que se añada un apartado b) en el que se pida a la Directora que inste a los países que informen cada tres años sobre los avances en la atención de esta problemática. México manifiesta el compromiso de examinar de manera permanente la situación de la salud del recién nacido, mantenerlo como una prioridad política, dar continuidad a las acciones emprendidas y participar activamente en la elaboración y el seguimiento de la estrategia y plan de acción regional presentado.

Dr. CAMPBELL-FORRESTER (Jamaica), speaking on behalf of the countries of the Caribbean Community (CARICOM), emphasized CARICOM's commitment to

achieving the MDG's goals. In 2000, CARICOM, in partnership with PAHO had developed a family health strategy as a guide to assist countries in achieving the Goals, and some countries had already done so. Countries had introduced integrated models of care and other initiatives, such as Safe Motherhood programs and better training for doctors and nurses, with a view to improving maternal and child health. However, migration of health personnel, especially midwives, neonatologists, and neonatal critical care nurses, was a threat to achieving and sustaining the MDGs. CARICOM advocated that countries follow the example of the Bahamas and Barbados in recognizing that care of mothers and children was a public good that should be provided free of charge.

Despite low-to-medium infant mortality rates across the Caribbean, the CARICOM countries remained concerned about high neonatal death rates. Newborn health was a policy priority for CARICOM, and critical care for neonates was in place, together with training in neonatal care skills for medical residents. Neonatal guides had been published for work in the field. Many countries also had specific programs to target adolescent high-risk pregnancies. Morbidity and mortality among mothers and children had been greatly reduced through programs for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. In some countries, rates of transmission were down to 5%. Most of the Caribbean countries had maternal mortality committees.

While the CARICOM countries appreciated PAHO's work in relation to neonatal health and supported the proposed resolution, the Delegate wished to point out that Document CD47/12 lacked data on the English-speaking Caribbean in many cases and

that some of the data that was included was erroneous—specifically, the low birthweight rate for Suriname and the maternal mortality rate for Barbados.

El Sr. TOBAR (Argentina) dice que su país, junto con Chile, Costa Rica, Cuba, Uruguay y Barbados, se encuentra en un grupo de países con tasas de mortalidad neonatal muy bajas. A diferencia de lo que ocurre en muchos países de la Región, donde las principales causas son las infecciones y las asfixias, las primeras causas de muerte en Argentina son el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer, seguidos por las malformaciones congénitas. En cambio, son perfectibles el control prenatal y los recursos humanos, en cantidad y en capacitación. Concluye diciendo que Argentina apoya la resolución.

Ms. CORREA DE ARUJO (United States of America) noted that effective evidence-based interventions for preventive newborn and infant mortality were available and were well-established. Member States should therefore commit themselves to implementing them in a flexible, innovative, and sustainable manner. The implementation process could be made easier by including key stakeholders in the process, such as donors and nongovernmental organizations at the country level. All Member States should also commit to achieving the health-related goal of the United Nations Millennium Declaration reducing child mortality. Her Delegation supported the proposed resolution.

El Dr. SALGADO (Chile) dice que su país tiene afortunadamente tasas de mortalidad infantil y materna bastante bajas, pero el documento y la resolución establecen que la Organización elabore una estrategia y un plan de acción regional. Chile estima que si bien esto es muy relevante, también debería incluirse el concepto de que la estrategia tiene que ser diferenciada, ya que los problemas son distintos, y por lo tanto la cooperación de la Organización también debería serlo. El segundo aspecto se refiere a que, cuando se mueren los niños o la madre, hay un proceso anterior, y probablemente posterior, al cual no se ha prestado suficiente atención. El concepto de salud sexual y reproductiva podría ser más conveniente porque muchos de los niños que se mueren son niños no deseados. Además de las reducciones de la mortalidad, debería expresarse concretamente el concepto de los niños y madres a las que se ha salvado.

El Dr. ALLEYNE (Panamá) dice que en su país se presta atención gratuita a las mujeres embarazadas, se realiza control prenatal, del parto y del puerperio, la atención de todos los niños menores de 5 años en todos los establecimientos de salud es gratuita y que existe una Comisión Nacional, Interinstitucional e Intersectorial para la prevención de la morbilidad y mortalidad de niños y niñas menores de 5 años.

La Ley de tamizado neonatal, declara obligatorio el diagnóstico precoz del hipotiroidismo congénito, la fenilcetonuria, la galactosemia, la deficiencia de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y las hemoglobinopatías. Se ha creado el registro nacional del

embarazo, para que toda mujer panameña que esté embarazada pueda registrarse y se pueda dar seguimiento a su embarazo de forma meticulosa.

También se han creado las unidades básicas de atención maternoinfantil; se han seguido capacitando a las parteras empíricas; se ha fomentado el proceso de alimentación suplementaria de la mujer embarazada, que ha recibido atención gratuita, así como la prueba del VIH/SIDA para poder eliminar la transmisión vertical; se ha fomentado la creación de la bandera del embarazo en los lugares indígenas donde no existen mecanismos para identificar las casas donde están las embarazadas, y se han creado brigadas materno-infantiles, constituidas por profesionales que los fines de semana van a lugares apartados donde no existe ningún tipo de atención en el área aldeana. Todo ello ha permitido alcanzar resultados importantes y disminuir la mortalidad materna de 68 en 2004 a 41 actualmente, y a 14,8 la mortalidad infantil.

Una de las cosas más importantes es que se ha pasado a un sistema de metas y resultados basando los objetivos específicos en el tiempo. Junto a ello se ha creado un programa para detectar a todos los niños que nacen, inscribiéndolos en el registro público, donde se entrega una canastilla para que las madres de las áreas apartadas, las indígenas y la gente en pobreza extrema se acerquen para registrar el nacimiento de sus hijos cuando nacen en lugares no profesionales. También cabe mencionar los bonos de alimentación. Para recibirlos se requiere, entre otras cosas, el control prenatal de las mujeres embarazadas y que los niños tengan su tarjeta de registro de niño sano.

Panamá considera importante incluir algunos aspectos que fortalezcan procesos objetivos, sencillos y prácticos a fin de que puedan tener un impacto basado en la experiencia adquirida por Panamá y otros países y que han tenido éxito. Sugiere que en la resolución se agreguen el tamizado neonatal y la atención básica materno-infantil como procesos que puedan disminuir los índices de morbilidad neonatal materno-infantil.

La Sra. MATA (Venezuela) lamenta que en la resolución no figure el enfoque de género. Por otra parte, propone que en el párrafo 1 de la parte dispositiva se incluya un apartado d) en el cual se inste a los Estados Miembros a generar intervenciones dirigidas a garantizar la salud sexual y reproductiva con enfoque de género. También propone un apartado e) en el cual se inste a los Estados Miembros a generar intervenciones dirigidas a garantizar la presentación de servicios de salud con equidad y considerando las características culturales y lingüísticas.

La Sra. GURDIÁN (Nicaragua) dice que en su país se han hecho esfuerzos ingentes para reducir la mortalidad infantil, pero la mortalidad neonatal representa entre 65 y 70% de las muertes infantiles, y que la primera causa de mortalidad neonatal es el síndrome de distrés respiratorio. Otro problema era la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita. Para resolverlo, Nicaragua, con el apoyo de la OPS, el año pasado pudo lograr las metas propuestas.

Terminada la intervención de la Delegada de Nicaragua, se procede a proyectar el video que presenta sobre la campaña llevada a cabo contra la rubéola en su país.



El Dr. CASTELLANOS (Puerto Rico) dice que Puerto Rico ha logrado reducir significativamente la mortalidad infantil y que el mayor reto actual es reducir el bajo peso al nacer. Existe un proyecto que tiene como principal estrategia para disminuir la mortalidad infantil el manejo de casos y la coordinación de servicios mediante visitas al lugar. Su finalidad es atender las necesidades de salud sociales que presentan las mujeres embarazadas, los recién nacidos y sus familias. Además, proporciona servicios a adolescentes embarazadas, mujeres con embarazo de alto riesgo, recién nacidos de bajo peso o prematuros, familias en las que exista o se sospeche maltrato, negligencia, abuso de drogas o alcohol y recién nacidos con necesidades especiales de salud. El proyecto tiene dos componentes operacionales, un programa de visitas al hogar y otro programa comunitario del cáncer.

Puerto Rico apoya los comentarios hechos por el Delegado de Chile y el proyecto de resolución.

El Dr. BENGUIGUI (OPS) agradece a todos sus comentarios y aportaciones, que han permitido introducir correcciones en el documento básico, entre otras las que atañen a la tabla epidemiológica.

Afirma que muchos países de la Región están introduciendo reformas en sus sistemas de salud a fin de mejorar el acceso a los servicios de atención sanitaria, especialmente las condiciones de igualdad en el acceso a los establecimientos de salud,

ya que un 30% de la población carece de acceso. Es necesario, como afirma el Delegado de Chile, que se consideren los distintos escenarios, los factores de riesgo, de prevención, e incluso el nivel de intervención en función de las distintas causas que subyacen a las complicaciones del periodo perinatal. Todo ello deberá formar parte del Plan regional que la Secretaría elaborará con la ayuda de los países en los próximos meses.

En relación con lo mencionado por el Delegado de México, dice que la OPS está colaborando, junto con la Secretaría de Salud, en la documentación de las experiencias en el área de mortalidad materna y de salud neonatal y que, dentro de este contexto, uno de los trazadores es precisamente el que atañe a la salud sexual y reproductiva. Con ello se pretende hacer hincapié en la necesidad de abordar el problema de la salud de la familia y la comunidad, la salud infantil y de los adolescentes. La dificultad no estriba en encontrar evidencias científicas, sino en intervenir en los lugares más desfavorecidos social y económicamente, con altas tasas de mortalidad en niños menores de 5 años o con complicaciones en el periodo perinatal, de manera que las nuevas tecnologías y las intervenciones logren el impacto deseable. Desde la Secretaría se puede apoyar el intercambio de experiencias satisfactorias en la lucha contra la mortalidad infantil y por la mejora de la calidad de los servicios.

Dr. LAMM (Department of Pediatrics, Georgetown University School of Medicine), speaking at the invitation of the President, highlighted the problem of iodine-deficiency and its relationship to maternal and child health. The need for iodine was increased during pregnancy and lactation, because it had to be sufficient for two. Iodine

adequacy, even hyperadequacy, was especially important early in pregnancy in order to prevent intrauterine hypothyroxinemia, or early maternal thyroidal insufficiency (EMPI). Although, pregnant women received prenatal supplement, there was often no iodine in the capsules. The iodine needs of infants must also be met through sufficient iodine in the mother's milk, which was usually the only source of iodine at a time of maximum neurological growth. He urged that prenatal and postnatal capsules should contain iodine, probably 150 mg per day, as protection for both the mother and the infant. Member States of PAHO should be encouraged to ensure that supplements financed by their governments contained iodine, and should strive to ensure that those sold on the free market also did. It should be remembered that the basic purpose of iodine control programs was to prevent mental retardation, although such programs also contributed to better thyroidal and reproductive health. Member States should also therefore be encouraged to develop surveillance programs for the frequency of mental retardation with a view to early treatments and to introduce programs to provide adequate iodine nutrition, particularly for mothers and infants, as part of their programs for healthy babies and healthy mothers.

*The meeting was suspended at 4:35 p.m. and resumed at 5:05 p.m.  
Se suspende la reunión a las 4.35 p.m. y se reanuda a las 5.05 p.m.*

ITEM 4.6: HEALTH OF THE INDIGENOUS PEOPLES OF THE AMERICAS  
TEMA 4.6: LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS

El Dr. VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) dice que el Comité Ejecutivo durante su 138.<sup>a</sup> sesión recibió con beneplácito las cuatro líneas de acción propuestas por la Oficina, las cuales se describe en el documento CD47/13, si bien recalcaron que la responsabilidad primaria de la salud de los pueblos indígenas recae en los gobiernos de sus países respectivos, los Miembros sugirieron que la OPS podía desempeñar un papel importante promoviendo la cooperación entre países, facilitando el intercambio de información y documentación sobre la prestación de los servicios de salud en un contexto intercultural, capacitando al personal de salud para que trabaje en ambientes interculturales, incorporando un enfoque intercultural en los programas de salud y brindando asesoramiento con respecto a la situación jurídica de la medicina indígena.

Se sugirió que la OPS podría organizar una conferencia o foro que incluyera todos los Estados Miembros de la Región para intercambiar experiencias y conocimientos sobre los asuntos relacionados con la salud de las poblaciones indígenas. La ayuda para la recopilación de los datos con el fin de formular políticas basadas en datos científicos se contempló como otra función de la OPS. Se señaló que en la mayoría de los países, la recolección de los datos sobre la raza y el grupo étnico, especialmente las poblaciones indígenas planteaba una dificultad formidable, pero sin una base fiable de datos probatorios, era difícil formular ideas de acciones coherentes. Se sugirió de la segunda línea de acción mejorar el conocimiento y la información sobre los temas de salud de los indígenas que debía mencionar explícitamente la investigación sobre la salud de los pueblos indígenas y la generación de estadísticas sanitarias. Además, se mencionó

que la tercera línea de acción, la integración de un enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud, debía mencionar la creación y la evaluación de modelos existenciales que tuviesen en cuenta la diversidad cultural de los países de la Región.

El Comité se lamentó de que en el documento no hubiese ninguna referencia al enfoque de género como un factor pertinente para el análisis de la salud de los indígenas, particularmente porque las mujeres indígenas, por su condición de doble subordinación, están mucho más desfavorecidas que el resto de la población indígena y que las mujeres no indígenas. Los delegados también consideraron que el documento debía abordar el tema importante de la familia ya la violencia por razón de sexo en poblaciones indígenas. Varios delegados sacaron a relucir el tema de financiamiento señalando que el documento dejaba claro que se requerirán considerables recursos adicionales; se sugirió que algunas de las líneas transversales de acción podrían obtener presupuesto de las zonas paralelas de trabajo.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE132.R18 por la cual recomienda que el 47.º Consejo Directivo apruebe las líneas estratégicas de acción propuestas en el documento CD47/13 para la cooperación técnica de la OPS en la esfera de la salud de los pueblos indígenas en las Américas.

La Sra. CHIERZI (Argentina) considera que en el documento se elabora una estrategia integral para promover la salud de los pueblos indígenas a lo largo de 5 años. Asimismo, la situación descrita coincide en términos generales con la realidad de la

situación de los pueblos originarios de Argentina, pero existen particularidades distintivas que considera preciso mencionar: 1) la situación descrita para los pueblos originarios también se extiende en Argentina a los casos de población rural y dispersa; 2) dada la extensión del país y el sistema federal, la accesibilidad al sistema de salud presenta particularidades diferentes según el territorio provincial en el que habitan los distintos pueblos originarios; y 3) Argentina no elabora estadísticas vitales por grupos étnicos a nivel nacional.

Las líneas estratégicas de acción coinciden con la orientación de las acciones que desarrolla su país, por lo cual no tiene objeciones que formular a la estrategia regional que se propicia. Cabe mencionar que en Argentina se ejecutan programas específicos para mejorar el acceso a la salud de las comunidades de pueblos originarios, entre ellos, el programa de médicos comunitarios, en un marco de respeto de las tradiciones y costumbres de las distintas comunidades. También cabe mencionar el programa de salud indígena para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los pueblos indígenas promoviendo su desarrollo integral y partiendo también del respeto y la valoración de sus particularidades culturales.

Por último, en el plan NACER, proyecto de inversión en salud materno infantil cuya población objetivo alcanza a las embarazadas y niños menores de 6 años sin cobertura explícita de salud del país, se propone un enfoque particular que permita actuar sobre la cuestión indígena desde una concepción de interculturalidad que se adapta mejor al contexto social de estos pueblos.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that the United States of America was a strong supporter of the health needs of indigenous peoples. Her Delegation found Document CD47/13, in particular the Secretariat's suggested lines of action, much improved from the earlier version examined by the Executive Committee, but suggested that it would still benefit from an increased focus on basic health issues related to indigenous populations, so that any strategies and action plans developed would be responsive to actual health needs. In most countries, collection of reliable data on race and ethnicity, especially for indigenous populations, was either nonexistent or a formidable challenge, yet it was that lack of data that would prevent a comprehensive approach to health risks, health behaviors, and health disparities of indigenous populations. The PAHO Secretariat had a role to play in helping Member States collect the data required to develop evidence-based policies to improve the health of indigenous populations in the Region.

Noting that implementation of the lines of action contained in the document would require considerable resources, she requested that the PAHO Secretariat should provide information on how it planned to raise the additional extrabudgetary funds that would be needed. The United States of America supported the proposed resolution as written.

Ms. ARTIST (Suriname) introduced herself as a descendant of the indigenous peoples living in Suriname and as the representative of the Association of Indigenous

Village Leaders in Suriname. Indigenous populations were still marginalized in Suriname society. They lived in remote areas, but some of their communities were threatened by industrial activities in the Amazon forest including gold mining, logging, and others. The lack of basic facilities such as running water and sanitation, as well as the impact of those industrial activities on the health of the indigenous populations, clearly placed them in an unfavorable position compared to other groups, notably with regard to malaria, maternal mortality, HIV/AIDS, and other sexually transmitted diseases.

The Health Agenda needed to focus more on indigenous groups, but doing so would require the support of the international community. Suriname therefore supported the resolution, because it would ensure that health of the indigenous population was incorporated in an overall health agenda, as well as ensuring the mobilization and allocation of resources from the international community.

What was expected from PAHO and other partners in the coming years was intensified support and donor mobilization to address priority health problems, especially in the area of maternal and child health, HIV/AIDS, and malaria and geohelminths infection. Support was also needed in reforming and upgrading the health infrastructure in remote areas, in health promotion and capacity-building of the indigenous people, and in research in the area of traditional medicine.

She hoped that in future years more Member States would be represented at the Council by indigenous peoples and that through active participation in the discussion of



PAHO they would claim ownership of the program to be developed for the improvement of the health status of indigenous peoples.

La Sra. HENRITO (Venezuela) dice que es indígena de la etnia Pemón, de Salto Ángel, en el sur de Venezuela, y que va a presentar los avances que se han hecho en Venezuela, además de algunas propuestas de enmiendas al proyecto de resolución.

Dice que en Venezuela, donde hay un censo total de 534,816 miembros de unas 40 etnias indígenas reconocidas, cada una con su propia lengua, que representa un 2,14% de la población nacional total, se ha creado una Dirección General de salud indígena, que se dedica exclusivamente a asuntos indígenas en Venezuela, y que es el resultado de la aprobación de una Ley orgánica de los pueblos y comunidades indígenas. Esta ley ha mejorado la atención sanitaria a esta población mediante la creación de oficinas de salud indígenas, el establecimiento de una red hospitalaria en el país atendida por doctores y facilitadores interculturales, y programas de formación de agentes de salud.

Por otra parte, tras felicitar al Comité Ejecutivo por su esfuerzo en la preparación del documento, sugiere que se introduzcan las siguientes modificaciones literales en los apartados correspondientes del párrafo 2 del documento CD47/PR.6) velen por la capacitación y formación de los recursos humanos indígenas y su incorporación al sistema de salud; f) incorporen el enfoque intercultural en los programas de estudios de las carreras en áreas de salud y afines; g) consulten a las comunidades indígenas todas las decisiones que los puedan afectar directa o indirectamente.

La Delegada menciona que los fondos que se asignan a los programas indígenas siguen siendo insuficientes en relación con los costos, y que debe tenerse en cuenta que, en muchos casos, el incremento en los costos de atención médica se debe a la situación de difícil acceso en que se encuentran algunas poblaciones indígenas. Por último, señala que sobran palabras y faltan políticas resolutivas y efectivas en materia de atención sanitaria a estas poblaciones, y pide la venia del Presidente para entregar a la Directora de la OPS una corona con la que quiere simbolizar la responsabilidad y el compromiso que contrajo la Directora al asumir su cargo, con el apoyo de los países representados en esta Organización, y que desea que se extienda a todos los pueblos indígenas de Venezuela y las Américas.

*The Director accepted the crown from the Delegate of Venezuela.  
La Directora se acerca a recibir la corona de manos de la Delegada de Venezuela.*

EL Dr. RUIZ MATUS (México) agradece el reconocimiento de las poblaciones indígenas y expresa su solidaridad con cualquier acción para mejorar la atención de salud de los pueblos indígenas. Manifiesta que el gobierno mexicano ve con buenos ojos el documento presentado y se adhiere a las líneas estratégicas de acción que se plantean en él, con la salvedad de que, con respecto a la línea estratégica b), sería necesario mejorar los métodos de recogida y sistematización de la información para homogeneizar y hacer comparables los indicadores entre los países.

Añade que México ha creado una comisión nacional de los pueblos indígenas que se encarga de coordinar a las distintas Secretarías e instituciones estatales. México ha

puesto especial atención en la interculturalidad y en la equidad en el acceso a los servicios de salud. La Secretaría de Salud inició la introducción de nuevas vacunas como la referente al neumococo 7-valente y al rotavirus, especialmente en niños y niñas de localidades predominantemente indígenas, y está llevando a cabo un estudio de beneficios y costos de la introducción de otras vacunas. Por último, señala que México se adhiere al documento CD47/PR6.

Mr. PREVISICH (Canada) said that Document CD47/13 provided a very good overview of the current challenges facing indigenous peoples in the Region, although it did perhaps focus too strongly on Latin America and the Caribbean. Canada, for example, had over a million first nation indigenous people, and his Government could have provided information that would have helped to strengthen the document. Mexico and Canada had recently organized a very successful workshop in Oaxaca (Mexico), attended by indigenous peoples from both countries to discuss specific challenges with government officials. A policy document had emerged from the workshop, which he would be pleased to share with colleagues from Latin America and the Caribbean.

El Dr. SALGADO (Chile) dice que en Chile 5% de la población se declara de origen indígena, razón por la cual existe un programa de salud del pueblo indígena que tiene como objetivo principal desarrollar y validar los modelos de atención intercultural en salud, la pertinencia cultural de los servicios públicos en salud en territorios indígenas,

la recuperación, el fortalecimiento y desarrollo de la medicina indígena y el mejoramiento del acceso y capacidad resolutive de la red de servicios interculturales.

Lo que desea resaltar tiene bastante que ver con lo dicho por el Delegado de Venezuela ya que se habla de uno de los grupos excluidos.

Cuando se dice que el programa contra la mortalidad infantil de Chile es exitoso no puede olvidarse que algunos grupos de pueblos indígenas registran 40 puntos más que el promedio y la mortalidad y las causas de muerte en esos grupos responden a criterios de la epidemiología de hace 20 años. Chile tiene que aprender mucho en este campo y desearía que en la resolución se incorpore, o por lo menos se entienda, que cuando se habla de programas de interculturalidad de destaque el desarrollo y la capacitación de los recursos humanos bajo un enfoque, de modo que la gente que trabaja en salud tenga una capacitación específica para llevar adelante los procesos de interculturalidad y de esa manera establecer los lazos que permitan romper las diferencias que existen en las sociedades de nuestros países. Tenemos una responsabilidad como sociedad actual que asumir en este campo.

A Dra. RIBEIRO NOGUEIRA (Brasil) agradeceu ao Secretariado pela elaboração do documento CD47/13 e apoiou a resolução. Ela informou que o Governo vem desenvolvendo múltiplas ações voltadas para a proteção e a preservação dos 430.000 indígenas brasileiros.

Nesse contexto, lembrou a criação em 2003 da Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial, subordinada à Presidência da República, encarregado de

inserir a perspectiva ético-racial nas políticas públicas. Destacou ainda a crescente homologação de terras indígenas, que correspondem hoje a 12% do território nacional, a matrícula de 150.000 crianças e adolescentes no ensino fundamental e a adoção de políticas de ação afirmativa para o ingresso de indígenas no ensino superior. O Ministério da Saúde dispõe de órgão especial para executar a política de saúde indígena, a FUNASA, cujas ações são desenvolvidas por médicos, enfermeiras, nutricionistas e agentes comunitários, muitos recrutados nas comunidades indígenas. A FUNASA trabalha na ampliação do abastecimento de água potável, campanhas de vacinação, ampliação da assistência médico-hospitalar e, prioritariamente, no combate à desnutrição infantil diagnosticada em aldeias do Centro-Oeste do Brasil. Para essas crianças, além do tratamento da desnutrição foram adotadas medidas de reforço nutricional que compreendem a distribuição de cestas básicas, leite em pó e multimistura que é uma farinha preparada a partir de folhas de legumes, casca de ovo e outros ingredientes de baixo custo. Acrescentou a Delegada que para aumentar a imunidade essas crianças estão recebendo vitamina A, enquanto os adultos recebem orientação nutricional. Essas ações refletem o compromisso do Governo e da sociedade brasileira com a promoção da cidadania dos povos indígenas.

El Dr. DI FABIO (Gerente de Área, Tecnología y Prestación de Servicios de Salud), en respuesta a las observaciones de los delegados, reconoce que en el documento no se puede resumir la realidad de Argentina ni de Canadá. La evaluación de la década se

hizo en 19 países, entre los cuales estaba Canadá, y en el documento que se está revisando con aportes de todos los países se verán reflejados los resultados de la evaluación de la década y las diferentes realidades.

Otro punto fundamental es el de la colección y estandarización de información comparable entre los países. A ese respecto se utiliza la definición que figura en el artículo 1 de la Convención 169 de la OIT, no obstante lo cual probablemente sea necesario asegurarse de que en todos los países se utilice la misma definición; por ejemplo, a veces los mismos países notifican en un momento que tienen un 9% de población indígena, y tres años más tarde notifican un 40%. En la colecta de información se está colaborando con los países y con socios como la CEPAL, el Fondo Indígena y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros, porque se trata de una cuestión general, mientras que la OPS se concentra en los aspectos de salud. Pero en el caso de las poblaciones indígenas también es necesario tener en cuenta sus factores determinantes.

Con respecto a la representación indígena ante el Consejo, son los países los que seleccionan a los participantes en el mismo.

Puesto que preocupa el problema de los recursos, a solicitud de delegados ante el Comité Ejecutivo, en un anexo al documento se presenta lo que la OPS ha programado para bienio 2006-2007 sobre actividades específicas con indígenas, tanto a nivel regional como de los países. Existen además muchas actividades en materia de inmunizaciones, salud materna, mortalidad infantil o malaria en poblaciones indígenas, pero no se ven reflejadas en el informe. Siguen faltando recursos regionales para la coordinación, la

determinación de buenas prácticas, la capacitación, y para eso se necesita el apoyo directo de los países, los ministerios y los donantes. Se trata de dar a los médicos y a otros trabajadores de salud capacitación intercultural sobre la manera de trabajar en comunidades, el respeto de la identidad y la cultura indígenas.

En cuanto a la propuesta de modificación del proyecto de resolución el orador dice que en dicha resolución se querían reflejar las cuatro líneas estratégicas; en cada línea estratégica hay indicadores y actividades, y la capacitación de recursos humanos corresponde a la tercera línea estratégica, consistente en integrar el enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud de acuerdo a la estrategia de atención primaria. Esto significa que es preciso cambiar los programas de estudios en las universidades para aportar esa competencia. La consulta a las comunidades indígenas corresponde a la línea estratégica referente a las alianzas estratégicas, y en este contexto se prevé desarrollar una red de salud de pueblos indígenas con las organizaciones indígenas.

En el documento hay cuatro líneas estratégicas y se proponen cuatro recomendaciones para asegurar que estas últimas estén incluidas específicamente en las actividades de las líneas estratégicas.

El RELATOR da lectura del proyecto de resolución que figura en el documento CD47/13, con las enmiendas propuestas por Venezuela.

Ms. VALDEZ (United States of America) requested that the resolution, including any recent amendments, be circulated in writing.

El PRESIDENTE propone aplazar la aprobación del proyecto de resolución hasta el día siguiente.

ITEM 4.7: PROPOSED 10-YEAR REGIONAL PLAN ON ORAL HEALTH  
PUNTO 4.7: PROPUESTA DE PLAN REGIONAL DECENAL SOBRE SALUD  
BUCODENTAL

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo el documento CD47/14 e invita al representante del Comité Ejecutivo a presentar su informe sobre ese punto.

Dr. VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) dice que el Comité Ejecutivo discutió la propuesta del plan regional decenal sobre salud bucodental durante su 138.<sup>a</sup> sesión, en junio pasado. El Comité expresó su apoyo decidido a la estrategia y al plan de acción propuestos. Los delegados observaron que algunos países de la Región no habían hecho una prioridad de la salud bucodental, a pesar de los datos científicos persistentes sobre la relación que existe entre la salud bucodental y la salud en general. Se recalcó la necesidad de una mayor inversión en los recursos humanos materiales, en particular para mejorar la salud bucodental de las poblaciones indígenas, pobres y desfavorecidas.

Varios delegados describieron las medidas que se habían implantado para abordar los problemas de salud bucodental en sus países, y algunos delegados de países que habían logrado mejorar la salud bucodental de su población se ofrecieron a compartir su experiencia con otros países interesados. Un delegado dijo que en su país algunos profesionales médicos se oponían a la fluoración y habían demandado al gobierno con la



finalidad de detenerla. Otro delegado, señalando que la fluoración de la sal se usaba poco en su país, excepto en algunas comunidades indígenas, sugirió que el documento podría mejorarse incluyendo alguna referencia a las poblaciones indígenas y cómo usan la fluoración.

También se sugirió, con relación al riesgo de la fluorosis dental, que en el documento se debía atender la necesidad de recursos económicos para permitir la desfluoración en las zonas con concentraciones elevadas de fluoruros en el abastecimiento público del agua.

El Comité recibió con beneplácito la explicación del documento sobre la conexión entre la salud bucodental y los problemas del embarazo, pero sugirió que ahondará más en el nexo entre la salud bucodental y la salud en general, sobretodo con respecto a la diabetes mellitus, y posiblemente también a la neumonía. También se sugirió que el documento debía poner de manifiesto que el tratamiento restaurativo atraumático podía ser administrado por el personal existente en los establecimientos de atención primaria de salud, sin necesidad de capacitación especial para el personal auxiliar.

El la resolución aprobada por el Comité Ejecutivo sobre este tema, que aparece como anexo al documento CD47/14, se recomienda, entre otras cosas, que el 47.º Consejo Directivo apruebe el propuesto del Plan regional decenal sobre la salud bucodental para las Américas.

La Dra. MUÑOZ (Uruguay) felicita a la Organización por el Plan regional decenal de salud bucodental porque es parte de la salud integral del individuo. Uruguay está trabajando en el cambio de modelo de un sistema nacional integrado de salud y ha incorporado entre sus prioridades el programa nacional de salud bucal. En 1990 decretó la fluoración de la sal de mesa, y considera que la fluoración de los dentríficos es otro componente importante. La encuesta realizada por la Facultad de Odontología en 1997 mostró valores diferentes entre los niños de clase media y los de hogares empobrecidos. Por lo tanto, en el plan nacional de trabajo con las poblaciones excluidas se ha hecho hincapié no sólo en el programa de restauración atraumática que se viene realizando con la participación de más de 130 odontólogos en 25 escuelas del país, sino también en la rehabilitación de niños y adolescentes. La oradora considera muy importante la práctica de la restauración atraumática pero cree que, además de los niños, debe dirigirse a los adolescentes y embarazadas. Propone que entre los grupos prioritarios se incluya a las gestantes.

La Sra. MATA LEÓN (Venezuela) dice que en Venezuela se han registrado algunos avances en salud bucodental, que le gustaría compartir con el Pleno. El más importante es la ampliación de la Misión Barrio Adentro para dar pleno acceso a unos servicios odontológicos de calidad, en condiciones de gratuidad, equidad y eficiencia. Desde 2003, se han creado 1.418 consultorios populares odontológicos de barrio en los tres niveles de atención, y en el estado Zulia se han contratado odontólogos venezolanos de la etnia cuayú, que estaban excluidos hasta el momento del empleo. Existe, además,

un programa de capacitación en odontología general integral que ha introducido un nuevo modelo de entender la salud pública, y está a punto de crearse el primer laboratorio bucal para prótesis. Desde abril de 2004 se han practicado 2.031 prótesis bucales de forma totalmente gratuita en pacientes desdentados.

Ms. VALDEZ (United States of America) expressed support for PAHO's efforts to develop an oral health strategy for the Region of the Americas which employed a sound public health approach, including disease prevention, health promotion, and disease surveillance. Such work built on the Secretariat's demonstrated success over the past 10 years with fluoridation programs in the Region. The strategy also acknowledged the importance of strong partnerships between public and private dental care providers. The best practice model using simple technologies which the Secretariat had developed was particularly useful because it required minimum training and could be implemented by auxiliary personnel. Indeed, the United States of America considered the plan of action for oral health to be a good model for the Secretariat to use on a range of its future strategies. However, what seemed to be missing was the projected cost of fully implementing the plan of action.

El Sr. AVILES (Ecuador) reconoce que el programa de salud oral se ha beneficiado de los programas de fluoración de la sal y del proyecto de restauración traumática, gracias a los cuales se han reducido considerablemente los índices de caries CPOD. Manifiesta que Ecuador se adhiere al documento presentado como proyecto de

resolución, y espera que, con la cooperación técnica de la OPS, se reduzca el índice de caries en los menores de 12 años.

Mr. PREVISICH (Canada) said that Canada was pleased to have introduced the topic for discussion by the Governing Bodies in 2006, as it seemed that oral health problems were often underreported and not treated with the seriousness they deserved as important public health problems. Canada appreciated the budget information provided in the document, which truly demonstrated proactiveness and inventiveness in securing resources for confirmed work on oral health.

Dr. FOX (Observer, International Association for Dental Research (IADR)) said that he was representing both the International Association for Dental Research (IADR) and the World Dental Federation, the only two nongovernmental organizations focused on oral health and having official relations with the World Health Organization. The two organizations commended the Pan American Health Organization for its commitment to oral health as part of general health. That visionary approach under the Health for All strategy approved in 1977 had yielded impressive achievements throughout the Region, although much remained to be done. The World Dental Federation and the IADR thus welcomed the initiative taken by PAHO of a new 10-year Regional Plan on Oral Health in the Americas. Both organizations supported the resolution adopted by the Executive Committee and encouraged Member States to approve the proposed resolution currently before the Directing Council. The organizations particularly welcomed the focus on

promoting partnerships and strategic alliances in order to improve oral health. In order to promote that process, the World Dental Federation and PAHO were planning to organize jointly a major ministerial conference in November 2007, bringing together the ministers of health, chief dental officers, and other stakeholders in oral health in the Americas.

Dr. ESTUPIÑÁN (PAHO) thanked the delegations for their feedback on and for their support to the proposed regional oral health plan. PAHO was committed to moving forward with that important work. The search had already begun for extrabudgetary funds that would allow implementation of the plan, particularly to benefit vulnerable groups in PAHO's priority countries.

Responding to the comments by the United States of America, she said that the precise amount needed to implement the plan was not yet known, although there was an approximate figure in mind. Proposals were being made to foundations to obtain the necessary funds. It was worth noting, however, that having limited resources had actually been rather advantageous because it had imposed the necessity of building partnerships outside PAHO.

El RELATOR da lectura al proyecto de resolución que figura en el documento CD/47/14.

*Decision:* The proposed resolution was adopted.<sup>3</sup>  
*Decisión:* Se aprueba el proyecto de resolución.<sup>3</sup>

- Item 4.13: Human Resources in Health—Critical Challenges for the Region of the Americas: Round Tables (*continuation*)  
Punto 4.13: Los recursos humanos de salud: retos fundamentales para la Región de las Américas: mesas redondas (*continuación*)

Hon. Dr. Douglas SLATER (Saint Vincent and the Grenadines) presented the report on the round table discussions and their outcomes, which is contained in Annex A.

*In the interest of time, the Delegate of the International Council of Nurses did not read her statement but asked that it be included in the record.*

*This statement appears in Annex B.*

*Por razones de tiempo, la Delegada del Consejo Internacional de Enfermeras no lee su declaración y solicita que se incluya en el acta.*

*Esta declaración aparece en el Anexo B.*

- Item 8.2: Review of the Pan American Centers  
Punto 8.2: Examen de los centros panamericanos

El Dr. VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) dice que el Comité consideró que el tema en junio de 2006 y se informó que el documento sobre el tema completaba la información acerca de los Centros Panamericanos presentaba al Consejo Directivo en septiembre de 2005; proporcionaba en el una actualización de la situación actual de cinco centros y de sus arreglos jurídicos, financieros y de gobernanza con la Organización. También se informaba sobre los adelantos en la aplicación por parte del Centro de Epidemiología del Caribe, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe

---

<sup>3</sup> Resolution CD47.R12.  
Resolución CD47.R12.

y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, de los criterios de asignación subregional fijado por la nueva política del presupuesto regional por programas.

En el debate que siguió la Delegada de Barbados señaló que en fecha reciente se había llegado a un acuerdo en el consejo para el Desarrollo Humano y Social del CARICOM con el fin de implantar una nueva forma de supervisión y semi-gestión que incluía los ministros de salud de todos los centros relacionados con la salud en el Caribe, incluidos CAREC. Señaló que el acuerdo provisional sobre la gobernanza del centro expiraría en diciembre de 2007 y expresó la esperanza de que la OPS ayudaría a formular un nuevo acuerdo que conviniera a los intereses de los países del CARICOM, a la Organización y al propio centro. El observador presente por Brasil destacó la importante contribución de BIREME a la difusión de la información y señaló que el centro desempeñaba una función crucial para salvar las lagunas en el conocimiento que eran un impedimento para mejorar la gestión sanitaria y para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Comité tomó nota del informe pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre ese tema.

Dr. ETIENNE (Assistant Director) said that the Pan American Centers continued to be an important modality for the delivery of technical cooperation, one that continued to evolve as countries developed their own capacities and with the emergence of new challenges. With regard to the three subregional centers—the Caribbean Epidemiology Center (CAREC), the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), and the Institute of

Nutrition of Central America and Panama (INCAP)—which had differing models of governance, the Secretariat continued to work with them to strengthen their capability to deliver on their core mandates and functions, while at the same time emphasizing efficiency and effectiveness. The Secretariat would continue to report regularly on the operations of all the centers.

ITEM 5.2: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE  
EXTERNAL AUDITOR, 2004-2005  
PUNTO 5.2: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL  
AUDITOR EXTERNO, 2004-2005

El PRESIDENTE señala a la atención el documento CD47/23 e invita al representante del Comité Ejecutivo a presentar su informe sobre este punto.

El Dr. VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) dice que el Comité examinó el Informe financiero del Director y el Informe del Auditor Externo en junio, después de escuchar las ponencias de la Sra. Sharon Frahler, Directora Interina de Administración de la OPS, y del Sr. Graham Miller, representante del Auditor Externo Sir John Bourn, de la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido. Un resumen de esas ponencias aparece en el Informe final de la 138.<sup>a</sup> sesión (documento CE 138/FR).

El Comité expresó su satisfacción por que las cuentas de la OPS una vez más han recibido una opinión sin reserva de la auditoría, y recibió con beneplácito el progreso logrado en el cumplimiento de las recomendaciones anteriores del Auditor Externo. No obstante, expresó su preocupación por las deficiencias continuas en la supervisión



externa. La recomendación del Auditor Externo de establecer un comité de auditorías se consideró una idea interesante, que se debía tener presente en el contexto de la creación del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

Por lo que hace a las contribuciones voluntarias, los delegados lamentaron que la OPS sólo hubiera podido usar \$24 millones asignados por la OMS y preguntaron si el asunto debería someterse a la atención de la OMS. Se solicitó una aclaración en cuanto a lo que había sucedido con los \$7 millones sin usar. La Sra. Frahler explicó que los fondos no utilizados eran devueltos a la OMS. Normalmente, estos fondos se entregaban de nuevo a la OPS en el siguiente bienio, pero entonces se producía un problema de doble contabilidad. Por ejemplo, si la OPS recibía esos \$7 millones nuevamente en 2006-2007, por lo asientos contables, parecería que la OPS estaba recibiendo \$7 millones más, que, en realidad, eran una cantidad a la que ya tenía derecho en 2004-2005.

Con respecto a la posible adopción de las normas internacionales de contabilidad pública, se señaló que la Asamblea General de las Naciones Unidas aún no había tomado la decisión definitiva de adoptarlas y, mientras esto no ocurriera, la OPS no debería pretender implantarlas.

El Comité aprobó la resolución CE138.R14, por la cual se transmite el Informe financiero del Director y el Informe del Auditor Externo al 47.º Consejo Directivo, y felicita a la Directora por sus esfuerzos para vigilar y fortalecer la situación financiera del Centro de Epidemiología del Caribe, del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, y del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Insta a la Directora a

que asigne la prioridad más alta para lograr la mayor eficiencia de la función de supervisión interna mediante la pronta ocupación de los puestos vacantes, y felicita la misma por sus esfuerzos fructíferos para mantener a la Organización en una situación financiera adecuada.

Ms. FRAHLER (Area Manager, Financial Management and Reporting) drew attention to *Official Document 323*, which contained the Director's report on the financial transactions of PAHO for the period 1 January 2004-31 December 2005, and the financial statements for the Caribbean Epidemiology Center, the Caribbean Food and Nutrition Institute, and the Institute of Nutrition of Central America and Panama.

The Organization's total income from all sources had been \$799 million, an increase of \$47 million, or 6%, by comparison with the 2002-2003 biennium. Total expenditures, after eliminations, had increased by \$68 million, totaling \$786 million for the biennium. The World Health Organization had provided \$72.5 million for regular budget activities of the Region of the Americas, \$710,000 less than in the preceding biennium. On the other hand, WHO had also significantly increased its funding for extrabudgetary projects, providing \$31 million, as compared to \$13 million in the preceding biennium. However, the Regional Office for the Americas had been able to implement only \$24 million of that amount by the end of the biennium.

PAHO's financial position was sound, owing in large measure to the conservative financial management of the Organization throughout the biennium. The most significant aspect of the quota collections was that every Member State had made a quota payment in 2005, which was the first time that all Member States had met that critical financial responsibility to the Organization since 1990. In addition to the quota contributions, the regular program budget had benefited from \$11.5 million in miscellaneous income, resulting mainly from earned interest. As a result, the excess of income over expenditures for the regular budget had reached \$6 million. In order to fund the purchase of information technology equipment, telephone systems, and major software applications, the Organization had transferred \$3.4 million to the Capital Equipment Fund. Thus, \$2.6 million had been transferred to the Working Capital Fund, which had increased its balance to \$14.2 million on 31 December 2005.

El PRESIDENTE dice que no habiendo comentarios el informe quedará reflejado en las actas oficiales de la sesión.

ITEM 5.3: REPORT ON THE ACTIVITIES OF THE INTERNAL OVERSIGHT  
SERVICES  
PUNTO 5.3: INFORME DE ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS DE SUPERVISIÓN  
INTERNA

El PRESIDENTE señala a la atención el *Documento oficial 323* e invita al representante del Comité Ejecutivo a presentar su informe sobre este punto.

El Dr. VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) dice que el Comité examinó el Informe sobre las actividades de la Oficina de Supervisión Interna durante su 138.<sup>a</sup> sesión en junio pasado. El Comité le pidió a la Oficina que le pusiera al día en cuanto al examen de las cadenas de mando entre los equipos de supervisión interna de la OPS y de la OMS, mencionado en el documento de trabajo sobre este tema. También le pidió que facilitara al Comité más información sobre los planes y el cronograma de la OPS, para responder a los puntos flacos de los controles internos puestos de manifiesto por las auditorías efectuadas por la oficina del Servicios de Supervisión Interna.

La Sra. Sharon Frahler, Directora Interina de Administración, en respuesta a las solicitudes del Comité, explicó que la OPS había propuesto ciertos cambios en las cadenas de mando, para mantener la uniformidad en el segundo nivel de supervisión de todos los puestos de auditor en la OPS. Una explicación más detallada de los cambios propuestos aparece en el Informe final de la 138.<sup>a</sup> sesión del Comité.

Con respecto a las medidas que se estaban tomando para resolver los puntos flacos en los controles internos, la Sra. Frahler dijo que en el área de adquisiciones, por

ejemplo, donde los auditores había señalado varios puntos débiles, la Oficina había organizado una serie de seminarios de capacitación para el personal responsable de las adquisiciones en las oficinas de país, y tenía previsto ofrecer sesiones de perfeccionamiento para todo el personal de finanzas y presupuesto de la Organización, que se celebrarían en la sede de la OPS en octubre de 2006.

La Oficina también había iniciado un proceso de varias etapas encaminado a resolver las debilidades y a impartir la capacitación necesaria al personal de las oficinas de país y de los centros panamericanos con la finalidad de mejorar los controles internos y, en último término, permitir que los Representantes de la OPS/OMS y los Directores de los Centros asumieran la responsabilidad financiera total de sus oficinas o centros respectivos. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre el tema.

Ms. BLACKWOOD (United States of America), noting that the report referred to a review of reporting lines between PAHO in Washington, D.C., and WHO in Geneva, and emphasizing the importance that her Delegation attached to the internal audit function, sought further clarification in that area.

Ms. FRAHLER (Area Manager, Financial Management and Reporting) recalled that at the time of the Executive Committee meeting in June, she had mentioned that PAHO was working with WHO on the reporting lines of the Internal Oversight Services at PAHO. The two Organizations had worked for approximately six months to try to

establish a way for the Director of the Pan American Health Organization to become the first-level supervisor of the internal audit function for PAHO. It had not proved possible to reach agreement, however. Consequently, in August PAHO had made a second proposal to WHO, which had been accepted. As a result, WHO would be responsible for the funds for the Region of the Americas given by WHO to PAHO, and WHO's auditors would audit those AMRO funds. Meanwhile, PAHO's internal auditors would audit the PAHO funds. WHO had subsequently requested PAHO to provide recommendations on which funds WHO should audit for 2007.

Recognizing the critical need of the internal audit function to the Organization, the Director had decided to ask a former internal auditor of PAHO to return for three months to complete three audits. He had started work on 1 August 2006, had already completed the audits of two country offices, and would be carrying out a third in 2006. At the same time, the Secretariat had invited a retired WHO senior internal auditor to come to PAHO and help cover the senior internal audit role until the Secretariat was able to fill the auditor positions. The job descriptions concerned were at varying stages of being written, adjusted, and advertised, and it seemed likely that the internal audit function would be fully staffed by the beginning of 2007.

LA DIRECTORA dice que su autoestima como nueva Directora de la OPS la llevó a pensar que iba a ser mejor negociadora que el Dr. Alleyne y el Dr. Guerra de Macedo en relación con el tema de alcanzar un acuerdo con la OMS para realizar una auditoría conjunta, como marca la racionalidad de los procesos. Sin embargo, en su tercer

mandato, el Dr. Guerra de Macedo había decidido separar las auditorías ante la falta de colaboración estrecha. Finalmente, el Dr. Alleyne, cuando tomó posesión del cargo, tuvo la misma esperanza que ella de que se pudiera llegar a un acuerdo. Al final de su segundo mandato, el Dr. Alleyne separó las oficinas y la Organización se quedó con un puesto menos financiado por la OMS. Ello trajo algunas dificultades durante los primeros dos años, pero se mantuvo el mejor espíritu de lograr gestionar, desde un punto de vista racional en el uso de los recursos, el presupuesto combinado de la OPS, que tiene un tercio de recursos procedentes de la OMS y dos tercios de la OPS. Esto indicaba su buena gerencia.

La Directora añade que ha de confesar que sus predecesores, que eran personas que dedicaron mucho tiempo a esta tarea, no lo lograron, como ella tampoco lo ha conseguido y que considera, por lo tanto, que la Organización tiene que entender definitivamente que debe realizar una auditoría propia. La OMS percibirá este hecho del mismo modo que en las demás Regiones y enviará a sus auditores, aunque parezca una duplicación de esfuerzos. No obstante, para mantener la armonía y preservar la integridad de la OPS, no se deben seguir postergando las necesidades de auditoría interna de la Organización, a la espera de un acuerdo que no se ha alcanzado. La Sra. Sharon Frahler ya ha hecho las provisiones adecuadas para tener los puestos y la OMS reforzará el de un auditor con los recursos que asignaba a la OPS, para que atienda desde Ginebra los asuntos de la Organización.

*The meeting rose at 7:00 p.m.  
Se levanta la reunión a las 7.00 p.m.*

**ANNEX A**  
**ANEXO A**

**Report on the Three Simultaneous Round Table Discussions**  
**Informe sobre las tres discusiones simultáneas de mesa redonda**

Wednesday, 27 September 2006  
Miércoles, 27 de septiembre de 2006

- Item 4.13: Human Resources in Health—Critical Challenges for the Region  
of the Americas  
Punto 4.13: Los recursos humanos de salud: retos fundamentales para la Región  
de las Américas

As part of the activities of the 47th Directing Council of the Pan American Health Organization, a session was organized on the priorities and strategies of human resources for health. The session commenced with an introductory conference by Dr. Gilles Dussault, Professor of the Institute of Hygiene and Tropical Medicine of the New University of Lisbon in Lisbon, Portugal.

Subsequently, three round tables were organized, each one supported by a president, moderator, and secretary. To facilitate the discussion in the groups, a discussion guide was provided as well as a proposed list of recommendations.

It is worth noting the constructive and active participation in all three working groups. This allowed for a rich interchange of information, experiences, and strategies between the participants, and permitted them to delve more deeply into the problems facing the Region of the Americas. This, in turn, underlines the concern and enthusiasm regarding the topic.



The discussion between the 23 countries participating in the exercise raised many facets of Human Resources for Health as part of the efforts for improving health systems' responsiveness and delivering better health services, thereby elevating the health status of the population of the Region. The following are the principal recommendations based on the common points raised by all three groups.

### **General Comments**

- There was general consensus that human resources for health has become a strategic issue which needs to be addressed at the highest policy- and decision-making level.
- It was noted that there is a trend in several countries to change the terminology "human resources" for other terms such as "human capital," "management of labor and education." This is an indication of the need to mark a distinction between the complex arena of human resources and the limited practices of "personnel administration," as well as is reflective of the fact that health workers are active actors in the health system.
- There is a recognized need for a better equilibrium or balance in the mix and distribution of the human resources for health work force, an issue that is highly relevant for providers such as physicians and nurses. Nonetheless, all the countries participating in the discussion are expanding their definition of "human resources" beyond the classical realm of physicians and nurses. Other health professions and occupations are part of the human resources for health landscape, and there is a strong call for studies and interventions focusing on these professions. Particular reference was made to the essential contribution of allied health professionals to the performance of health systems. It is particularly important not to restrict the situation analysis—and hence the interventions—to

doctors and nurses simply because information on these groups is more available. Finally, there was a consensus regarding the need to consider the management capacity of the system and not just the providers.

- There is general agreement on the importance of teamwork based on a primary health care (PHC) strategy. It was noted that we should look beyond health personnel that focus primarily on clinical practice and look towards developing new profiles and competencies to address the broader determinants of health with an integrated and population focus.
- There is a common understanding that recruiting people into health occupations is not only a matter of remuneration, but that also the occupation itself should be marketed as a more attractive career to pursue, so that it appeals to young people as they choose courses of study and career paths.
- The new approach to human resources for health is reflected in a renewed interest that goes beyond monetary incentives and considers other factors, such as working conditions, safety in the workplace, the management environment and concerns for the health of health workers. The point was raised that this implies a cultural and, perhaps attitudinal, change on behalf of the leaders of the health system to better value and respect the health work force.
- There is a clear understanding that one of the principal problems in human resources for health is the limited availability of economic resources of the State to sustain human resource policies. In too many countries, the limited fiscal space and macroeconomic restrictions are an obstacle to attract and retain workers where they are most needed.
- The integration of other sectors and stakeholders in the policy-making process is critical. Examples of these are the finance, labor, and education sectors, public service commissions, as well as the growing number of civil society contributors to health, professional associations, and other stakeholders.

- Migration of health workers is a matter of growing concern in the Region, although not all its consequences and manifestations are negative. There are promising experiences in the management of the movement of professionals, as in the database that is being created in MERCOSUR, the intense interchange and programs being developed in Venezuela and Cuba, and the interest in promoting a new dialogue and finding collaborative solutions and partnerships between developed and developing countries, specifically in the Caribbean subregion.
- The countries recognized that there should be a greater relationship between health services and academia to better respond to the health needs of the population and facilitate knowledge transfer on different models of care. In this regard, the participants highlighted the existence of numerous innovative experiences in human resources development to improve quality of care, such as: extensive training of health workers to respond to changes in the health care model oriented to primary health care; changes in professional training models; professionalization of auxiliary personnel; and training as a retention strategy.

#### **Specific Recommendations:**

- As regards Recommendation One, all countries expressed their agreement and support for the recommendation, which reads:

Representatives of the Member States:

Express their agreement with and support for the Toronto Call to Action 2006-2015, *Towards a Decade of Human Resources for Health in the Americas*, and the development of national action plans, with a 10-year perspective.

In this context, they recognize the need to continue strengthening the regional network of Observatories in Human Resources for Health, in recognition of Resolution CD45/9 of the 45th Directing Council, September 2004, “Observatory of Human Resources for Health.” The countries highlighted the need to include quantitative as well as qualitative data and to provide evidence regarding the impact of human resources for health. The countries also recognized the need to increase the analysis and sharing of experiences between countries, particularly those instances where countries have maintained or improved the health conditions of their population with limited resources.

- A proposal was made to modify Recommendation Two, which now reads as follows:

Representatives of the Member States:

Recognize the importance of developing and strengthening Strategic Policy Departments of Human Resources for Health at the national level with a systems perspective, and commit themselves to strengthening their leadership capacity in the formulation and implementation of human resources policies and interventions coherent with the health care model and the health needs of the population;

- All countries expressed their agreement and support for Recommendation Three, which reads:

Representatives of the Member States:

Recognize the importance of cooperation between countries to strengthen their capacity to develop human resources policy and address international human resources issues, and to consider of high priority the development by PAHO of a Regional Action Plan with a 10-year perspective, to be submitted to the Governing Bodies of the Organization in 2007, in the context of the Health Agenda for the Americas.

- There was a proposal to add a Fourth Recommendation, that reads as follows:

Representatives of the Member States:

Recognize the importance of greater collaboration and partnerships between source and destination countries to address migration issues.

### **Role of PAHO**

There was common agreement on the importance of the role of PAHO in the development and strengthening of Human Resources for Health in the Region. All countries are facing challenges in this area and are willing to contribute and share what they have developed in terms of strategies, policies, and practices. The countries recognize the leadership role of PAHO in this area and propose the following recommendations to strengthen PAHO's role in human resources for health:

- PAHO should intensify its technical cooperation in the area of human resources for health. Specific areas that were mentioned are: strengthen technical capacities in human resources for health management and planning at the country level.; provide technical expertise in assessing gaps in Human Resources for Health at the country level; assisting in the efforts to improve public health leadership; and help build and strengthen partnerships between academia and services for joint planning of Human Resources for Health.
- PAHO should engage other international players in Human Resources for Health. For example, a greater involvement of the World Bank and PAHO in the dialogue with other international financial institutions and the national ministries of finance would be of great help in creating a common language and building the arguments to promote a shift towards a priority for social policies.

## **List of Participants**

### **Round Table No. 1**

President: Hon. Lesley Ramsammy, Minister of Health, Guyana  
Moderator: Dr. Keith Hansen, The World Bank  
Secretary: Dr. Pedro Brito, Area Manager, Health Systems Strengthening

Member States: Argentina, Barbados, Brazil, Canada, Dominican Republic, Jamaica, Mexico, Nicaragua, Panama, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, United States of America, and Venezuela.

### **Round Table No. 2**

President: Dr. Guillermo Wagner Cevallos, Minister of Public Health, Ecuador  
Moderator: Prof. Jeanne Moore, Albany University, New York  
Secretary: Dr. Joxel García, Deputo Director

Member States: Bahamas, Barbados, Chile, Dominican Republic, Ecuador, Honduras, Jamaica, and Suriname.

### **Round Table No. 3**

President: Dr. Robert Auguste, Minister of Public Health and Population, Haiti  
Moderator: Mr. Norbert Dreesch, Technical Officer, Human Resources for Health, WHO  
Secretary: Dr. Carissa Etienne, Assistant Director

Member States: Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Canada, Mexico, Paraguay, Peru, Puerto Rico, United States of America, and Uruguay.

Other: Organization of American States  
International Council of Nurses  
PAHO/WHO Collaborating Center on Nursing, University of Alabama

**ANNEX B**  
**ANEXO B**

- ITEM 4.13: HUMAN RESOURCES IN HEALTH—CRITICAL CHALLENGES  
FOR THE REGION OF THE AMERICAS: ROUND TABLES  
(*continuation*)
- PUNTO 4.13: LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD: RETOS  
FUNDAMENTALES PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS:  
MESAS REDONDAS (*continuación*)

Dr. WEBBER (Observer, International Council of Nurses (ICN)): The International Council of Nurses appreciates the opportunity to speak to this important subject. ICN is a federation of national nurses associations in 129 countries, and has been in official relations with WHO since 1948.

We note with satisfaction the paper on Human Resources in Health—Critical Challenges for the Region of the Americas, and welcome PAHO's continued commitment to the human resources agenda, particularly the Toronto Call to Action. Believing it is time to act, ICN is fully committed to mobilizing nurses to achieve the Millennium Development Goals, WHO priority program targets, and access to quality health services for all people.

To that end, nursing resources is a major concern for ICN. We have completed a two-year study of the nursing work force, and all papers can be accessed in English and Spanish on the ICN website [www.icn.ch](http://www.icn.ch). Included is an excellent paper by PAHO on the nursing situation in Latin America. As the paper points out, there is an urgent need to address the HRH imbalance, particularly as it relates to the low ratio of nurses to population and the distribution of nursing resources. We are equally concerned about migration, employment and working conditions, and the limited involvement of nurses in policy- and decision-making.

In all ICN consultations, the lack of data, planning, expertise, leadership, and, above all, a positive work environment were key issues. As a result, ICN this autumn will launch a new International Center for Human Resources in Nursing and will work with PAHO and other key stakeholders to collectively address these issues.

One of our actions, together with colleagues in medicine, physiotherapy, midwifery and other professions, will be the launch of a global campaign for positive work environments. ICN hopes this Region of WHO will today signal its interest in signing on as a campaign partner. As well, six health professions will shortly begin work

on a framework for shared competencies which will be helpful as regions strive to balance resources and need.

ICN's focus in the next few months will include case studies on best practices in nursing human resource management, standards and competencies for nursing human resources management, and development of a resource library.

Finally, ICN wishes to express its appreciation for the positive working relationship with this office and for your commitment to strengthening nursing leadership in the Region. There is a growing cadre of nurses prepared for effective roles in improving health care systems. Their participation in policy-making, and policy that reflects nursing workforce and workplace issues, are important pillars of healthy public policy as it relates to health systems strengthening. We encourage governments to actively engage our members, the national nursing associations in your countries in this regard. Further, ICN commends PAHO for its recent recruitment of nursing personnel in support of this.

ICN believes that, with proper investment in strengthening nursing and midwifery, nurses can be an effective force in improving health outcomes and in achieving health gains for all populations. We look forward to working with you to achieve this.